

지역사회 통합돌봄에서의 의료기관 가정간호의 역할

송 종 레¹⁾

서 론

연구의 필요성

우리나라의 2020년 65세 이상 노인인구는 813만 명으로 전체 인구의 15.7%이며, 통계청의 「장래인구추계」에 따르면 2030년 65세 이상 노인인구는 25%까지 증가하고, 2050년 노년부양비는 77.6%로 생산가능인구(15~64세) 약 1.3명이 노인 1명을 부양할 것으로 전망하고 있다[1]. 건강보험 급여비가 인구구조 변화와 맞물려 증가하여 건강보험 재정 악화의 위험성이 증가하고 있으며, 초고령사회로 광범위한 돌봄의 사각, 가족의 돌봄 부담 증가가 예상된다. 건강보험 노인진료비의 경우만 보더라도 2016년 25조원(전체 진료비의 38.7%)에서 2025년 58조원(전체 진료비의 50.8%)으로 증가가 예상되며 입원이 필요하지 않은 ‘사회적 입원’이 다수를 차지하고 있다. 이처럼 의료비 등의 급증은 중장기적으로는 사회보장제도의 지속 가능성에 대한 위협으로 여겨진다. 또한 지역 내에서 보건의료와 복지의 연계가 미흡하여 보건 의료는 보건소와 의료기관 중심으로, 사회복지지는 시군구(읍면동)와 사회복지시설·단체 중심으로 분절적인 서비스가 각각 제공되어 지역사회 보건복지 자원이 효율적으로 사용되지 못하고 있다[2].

정부는 이에 대한 해결방안으로 2018년 3월 커뮤니티케어 추진계획을 발표하고, 2018년 11월에는 관계부처 합동으로 지역사회 통합돌봄 기본계획 1단계인 노인 커뮤니티케어 계획을 발표하였으며, 선도사업을 거쳐 2025년까지 지역사회 통합돌봄 제공 기반을 구축하고 2026년 통합돌봄을 보편적으로 실행하는 것을

목표로 하였다. 지역사회 통합돌봄은 주민들이 살던 곳에서 개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리며 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활의 지원이 통합적으로 확보되는 지역 주도형 사회서비스 정책이다[2,3]. 지역사회 통합돌봄 선도사업은 2019년 6월부터 시작하여 현재 16개 지방자치단체에서 시행하고 있으며, 선도사업 대상자는 노인, 장애인, 정신질환자로 하고 있으며, 선도사업 중 보건의료 사업은 요양병원 통합 환자평가 및 케어플랜 수립 사업, 의료기관 퇴원 지원 시범사업, 지역사회 방문진료 수가 시범사업, 요양병원 퇴원환자 방문진료 시범사업, 일차의료 만성질환 관리 시범사업이다[4].

이와같이 지역사회 통합돌봄은 초고령사회 대두로 돌봄과 개인의 삶의 질 문제, 사회적 비용증가와 사회보장제도의 지속 가능성에 대한 문제 해결 방안으로 추진되고 있지만, 이미 30여 년 전에도 인구의 노령화, 만성질환자 및 거동불편 인구의 증가로 의료이용의 편의를 높이고 장기입원이나 불필요한 입원을 감소하고 의료자원의 효율성을 높이기 위한 방안으로 의료기관 가정간호(이하, 가정간호)가 시도되었으며, 2001년 제도화되었다[5]. 가정간호는 병원 퇴원환자나 거동불편 만성질환자 등의 거주지를 가정전문간호사가 방문하여 의료서비스를 제공 함으로써 대상자가 거주지로의 복귀와 거주지에서의 일상생활을 가능하게 하여 지역사회 통합돌봄의 일부를 이미 실현해 왔다. 또한 가정간호 서비스는 만성폐쇄성폐질환, 뇌혈관 질환, 슬관절 치환술, 당뇨병성 족부질환 등에서 다른 서비스(입원진료, 외래진료 등)에 비하여 비용은 적게 들면서도 효과는 크게 나타나 경제적 효율성이 있는 것으로 평가되었으며[10], 서비스 만족도도 높은 것

주요어 : 지역사회 통합돌봄, 의료기관 가정간호

1) 아주대학교병원 가정간호센터, 수간호사(<https://orcid.org/0000-0002-9707-8511>) (교신저자 E-mail: gyrisan@hanmail.net)

투고일: 2022년 3월 21일 수정일: 2022년 4월 12일 게재확정일: 2022년 4월 23일

으로 나타났다[5].

그러나 가정간호는 시범사업부터 가정간호 이용에 대한 보험 급여 제한과 높은 본인부담률로 가정간호 이용을 어렵게 하였고, 2001년 이후에도 가정간호수가의 원가보전 미흡으로 의료기관의 가정간호 실시가 증가하지 않았다. 또한 2003년 이후 요양병원의 급격한 증가, 2005년 이후 암 등의 중증질환자에 대한 입원 중심의 보장성 강화, 실손보험의 증가와 더불어 핵가족화, 1인 가구와 독거노인 증가 등의 사회적 변화로 가족의 돌봄 기능이 점차 약화 되었고 입원에 대한 사회적 수요도 증가하여 집으로 퇴원하기보다는 병원 또는 요양병원 이용이 증가하여 가정간호가 확대되는데 커다란 장애요인이 되고 있다[5,13,14]. 2008년 이후 가정간호 실시 의료기관이 지속적으로 감소하자 정부는 가정간호가 필요한 중증의 조기퇴원 환자에 대한 가정간호의 확대를 통한 의료자원의 낭비를 줄이고 효율적인 입원대체 서비스 활성화를 위하여 2010년부터 세 차례에 걸쳐 가정간호 기본방문료를 인상하고 교통비 수가 급여화, 연간 방문 횟수 제한을 없애는 등의 제도를 개선하였으나[15,16], 전국적인 가정간호 서비스 공급체계가 충분히 구축되지는 않았다.

지역사회 통합돌봄은 법·제도적으로 다양한 보건·의료·사회서비스를 전국적인 통합체제로 연계하여 구축하는 작업이 필요하며, 기존자원을 통합·연계해서 효율적으로 사용하고 정부 재정 이외에 지역사회 내 자원과 자산을 활용하는 등 중장기적인 정책을 통해 실현할 수 있다. 또한 포괄적이고 총체적인 돌봄을 제공하고, 초고령사회에 대응하여 가파르게 급증하는 노인 의료비, 시설입소 비용 등을 관리하여 지속 가능한 건강돌봄체계를 구축하기 위해서 입원(특히, 요양병원)이나 시설입소를 최소화할 수 있는 제도적 장치로 퇴원환자에 대한 퇴원계획 수립과 함께 방문의료 제공이 필요하다. 현재 대상자의 거주지를 방문하여 간호 서비스를 제공하는 방문간호는 가정간호, 노인장기요양 방문간호, 가정형 호스피스 등을 시행 중이나 전국적인 서비스 공급체계에 있어서는 상당히 제한적이며, 방문하는 서비스 특성상 대량의 서비스 공급과 높은 수익이 발생하기 어려운 구조이면서 입원병상 및 요양시설 증가, 사회적 입원 요구도가 증가함에 따라 재가 방문간호 서비스가 활성화되기 어려운 환경에 놓여있다.

지역사회 통합돌봄에서 퇴원환자 연계와 방문의료 제공은 보건의료 측면에서 핵심 요소 중 하나로 재가 방문간호가 활성화되기 어려운 특성을 고려할 때 30여 년에 걸쳐 수립된 가정간호의 인프라가 중요한 역할을 할 것으로 예상되어, 정부의 지역사회 통합돌봄 추진에 있어서 모형개발이나 인프라 구축 등에서 다양한 논의와 모색이 있어 왔으나 가정간호의 활용에 대한 논의가 최근까지도 거의 없는 실정이다[2-4,21,22]. 이에 본 연구는 지역사회 통합돌봄에서 가정간호의 역할을 탐색하고 방문의료관련 정책수립에 기초자료로 활용될 수 있도록 하기 위해서 첫째, 가정간호의 현황과 제도적 경과 및 장애요인을 고찰하고 둘째,

가정간호 이외의 재가 방문간호, 방문의료관련 현황을 고찰하며 셋째, 지역사회 통합돌봄에서의 방문의료관련 정책을 살펴보고 넷째, 지역사회 통합돌봄에서 가정간호의 역할과 이를 위한 가정간호 활성화 방안을 제시하고자 한다.

본 론

의료기관 가정간호제도의 개요 및 현황

1989년 전국민의료보험의 도입은 종합병원 입원수요의 급격한 증가로 입원 병상이 부족하여 입원 대기가 길어지는 등의 사회적인 문제가 크게 대두되었으며, 이에 대한 해결방안 중 하나로 1990년 입원환자의 조기퇴원에 따른 입원대체서비스 제공을 목적으로 한 의료법 시행규칙 제54조(업무분야별 간호사 자격기준) 개정으로 업무 분야별 간호사에 가정간호사가 추가되었다. 이후 가정간호사 교육과정에 대한 고시를 통해 1990년 8월부터 1년간의 가정간호 직무교육이 시작되었으며 1991년 가정간호사가 배출되기 시작하였다[5]. 가정간호사를 활용한 병원중심 가정간호 시범사업은 1994년 4개 종합병원에서 시작되어 1997년 2차 시범사업으로 확대되었다. 2000년 의료법 개정으로 2001년부터 의료법 시행규칙 제24조(가정간호) 제5항에 따라 2인 이상의 가정전문간호사를 배치한 의료기관에서 가정간호가 가능하게 되었다[5].

가정간호 대상자는 입원진료 후 조기퇴원환자, 외래 및 응급실환자 중 가정에서 지속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정한 경우로 조기퇴원환자, 만성질환자, 뇌혈관질환자, 기타 의사가 필요하다고 인정하는 환자이다. 가정간호수가체계는 방문당 가정간호 기본방문료, 가정간호 교통비(2020년 폐지)가 기본적으로 산정되고 의료처치, 투약에 대하여 행위별 처치료, 재료비, 약제에 대한 수가가 별도로 산정되면서 입원 요율과 같이 환자가 20%(보장성 강화 정책이후에는 암 등의 중증질환 5%, 희귀난치성 질환 10%)를 부담하게 되며, 건강보험환자뿐만 아니라 의료급여, 산재보험 및 자동차보험 환자에 대해서도 보험급여가 가능하다[5].

가정간호 실시기관은 2001년 12월 79개 기관에서 2007년 214개 기관으로 이 시기에 실시기간이 가장 많았으며, 2008년부터 감소하기 시작하여 2014년 115개 기관으로 가장 적었다[5,24]. 2021년 10월 2일 기준으로 전국 177개 기관에서 실시하고 있으며, 상급종합병원 27개 기관, 종합병원 58개 기관, 병원 49개 기관, 의원 41개 기관, 보건의료원 2개 기관에서 실시하고 있다. 지역별로는 서울 26개 기관, 부산 6개 기관, 인천 19개 기관, 대구 11개 기관, 광주 2개 기관, 대전 12개 기관, 경기 57개 기관, 강원 3개 기관, 충북 6개 기관, 충남 6개 기관, 전북 9개 기관, 전남 12개 기관, 경북 2개 기관, 경남 5개 기관, 제주 1개 기관

이 가정간호를 실시하고 있으며, 울산지역은 실시기관이 없고 경기지역이 가장 많다[24].

가정전문간호사수는 1991년부터 2004년까지 1년간의 가정간호 직무교육을 통하여 5,358명, 2005년부터 2006년까지 1년간의 가정전문간호사 직무교육과 전문간호사 자격시험을 통하여 763명, 2007년부터 2019년까지 대학원 석사과정을 통해서 416명으로 총 6,537명이 배출되었다. 현재 5개 대학원 과정에서 가정전문간호사가 양성되고 있으며 연평균 32명이 배출되고 있다[25].

건강보험 청구자료에 의한 가정간호 이용 다빈도 상병은 고혈압(I10), 당뇨(E11), 암(C16,34), 욕창(L89) 등으로 암상병이 2015년까지 증가 추세였으나, 2016년부터 병·의원을 중심으로 요양시설 방문이 증가하면서 2016년과 2017년 주상병 상위 5개는 수분, 전해질 및 산-염기균형의 기타 장애(E87), 알츠하이머병에서의 치매(F00), 본태성 고혈압(I10), 간의 기타 질환(K76), 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애(N31)로 나타났다 [26,28]. 2018년 건강보험청구기관 기준으로 가정간호는 연간 207개 기관에서 이용자는 78,518명, 방문건수 60만5천건이었다 [9].

의료기관 가정간호의 제도적 경과와 활성화 장애 요인

가정간호는 건강보험수가 정책에 직접적인 영향을 받으면서도 입원 병상 수 증가 등의 보건의료 환경변화와 새로운 보건의료제도 도입으로 양적인 확대에 부정적인 영향을 받음에 따라 시기별로 구분하여 제도적인 경과와 장애 요인을 고찰하였다.

● 방문 횟수 등의 보험급여 제한(1994년~2019년)

1989년 전국민의료보험의 도입은 의료보험 재정 악화에 대한 정부의 우려로 보험급여 제한, 높은 본인부담률과 저수가제를 유지하면서 입원 병상 증설 정책을 동시에 시행하게 되었다[5]. 이러한 정부의 보건의료 정책은 가정간호 시범사업 시에도 그대로 적용되어 가정간호 이용에 대한 보험급여 제한으로 가정간호 이용에 대한 문턱을 높게 하였다.

1994년 1차 병원중심 시범사업부터 2001년 제도화 이전까지 관리대상 지역 거주자로서 입원경력이 있는 환자에만 월 4회 방문까지 의료보험 적용이 가능하였고 그 외의 경우는 환자가 전액 본인 부담하였다. 더불어 가정간호 교통비 수가는 환자가 전액 부담하여 가정간호 이용 시 본인부담금을 높게 하였고, 입원경력이 없는 환자는 응급실 내원 또는 입원 후 퇴원하여야 가정간호가 연계될 수 있도록 제한을 두었다. 이처럼 1, 2차 시범사업 시기에는 월 4회 방문, 2001년부터는 월 8회 방문만 보험급여가 가능하여 집중적인 방문이 요구되거나 입원대체서비스 제공이 필요한 환자에게 가정간호를 연계하는데 제한이 되었다. 2007년 8월부터 월 8회 방문을 연간 96회로 통합하여 보험급여

가 가능하게 하였고, 2014년 8월부터 연간 보험횟수 제한이 폐지되었다. 이와 같은 방문횟수에 대한 보험급여 제한과 2019년까지 적용된 가정간호 교통비 수가는 가정간호 이용을 제한하여 가정간호가 확대되는데 장애요인이 되었다[5,14].

● 의료기관 가정간호 실시기준: 2인 이상의 가정전문간호사 배치(2001년~현재)

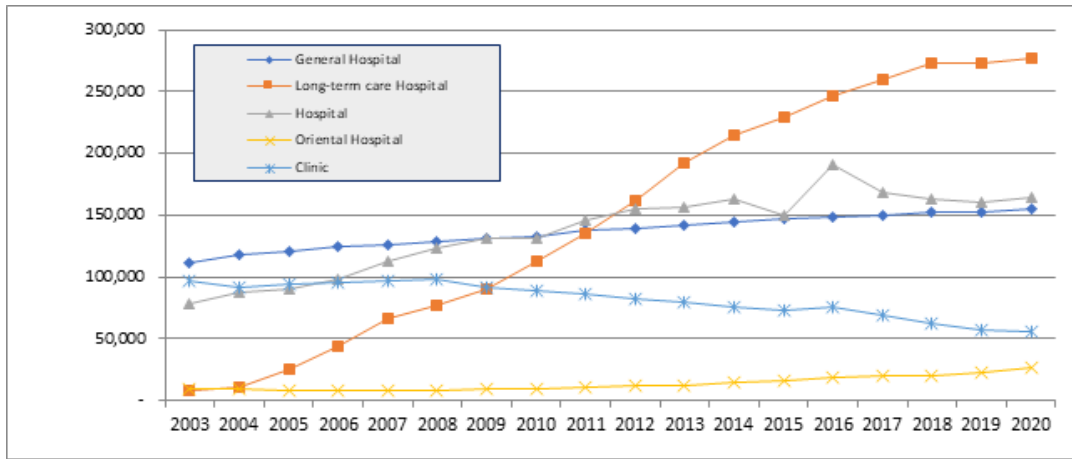
2001년 제도화된 의료기관 가정간호의 실시기준은 최소한의 질 보장 장치로서 2인 이상의 가정전문간호사 배치를 필수조건으로 하여 모든 의료기관에서 가정간호 실시가 가능하게 하였다. 가정간호 제도화 초기에는 의료진과 환자의 가정간호에 대한 인식이 높지 않아서 가정간호 대상자를 확보하기가 어려웠으며, 특히, 병상가동율이 낮거나 중증병원의 경우 가정간호 수요의 상당 부분을 요양시설 방문에 의존하여 요양시설 방문 허용 여부에 따라 가정간호 실시기관의 감소와 증가에 크게 영향을 받아왔다[14,26]. 이와 같은 민간 병원의 특성상 가정간호 수요가 많지 않을 때 2인의 가정전문간호사를 배치하기가 어렵고, 2007년 이후 가정전문간호사 배출인력 감소는 2015년 이후 인력공급의 부족으로 가정간호를 실시하기 어려워졌다. 따라서 2인의 가정전문간호사 배치 기준은 가정간호를 최초로 실시함에 있어 가장 큰 장애요인 중 하나이다.

● 가정간호 수가의 저수가체제 유지(2001년~2013년)

가정간호 수가는 정부의 저수가 정책 속에서 1997년 2차 시범사업에 책정된 수가가 인상되지 않은 채로 유지되었고 2001년 상대가치점수제가 도입되면서 원가 보전이 안되는 저수가로 고정되었다[5]. 가정간호 기본방문료 인상이 2010년에 이루어지기 시작하여 전국적으로 가정간호 실시기관이 구축될 수 있는 시기를 놓치고 뒤늦게 이루어졌다고 할 수 있다. 2008년 노인장기요양보험제도 도입 이후 요양시설 방문 제한과 요양시설 입소자의 증가, 2010년 이후 요양병상의 지속적인 증가는 요양병원으로의 퇴원이 증가하고 있음으로써 가정간호 수요는 더 이상 증가하기 어렵기 때문이었다. 특히, 제도화 이후 10여 년 동안 가정간호 수가가 원가 보전이 되지 않는 점이[13] 2인 이상의 가정전문간호사 배치 기준과 함께 병원 경영진이 가정간호 실시를 기피하는 주요 요인이 되어 전국적으로 가정간호 실시기관이 확대되는데 장애가 되었다. 이와 같은 가정간호사업의 비합성화로 배출된 인력을 충분히 활용하지 못함으로써 점차 가정전문간호사 교육과정의 지원자 감소로 2009년 15개 대학원의 122명 정원에서 2019년 5개 대학원의 37명 정원으로 감소하였다[25].

● 요양병원 병상 증가, 사회구조의 변화 등의 영향(2004년~현재)

1990년 초부터 시행된 정부의 병상증설 정책으로 전체 입원병상은 지속적으로 증가하여 2003년에 비하여 2020년에 2배로 증



〈Figure 1〉 Inpatient care beds by institution type (2003-2020)

Source=Ministry of Health and Welfare. Health And Welfare Statistical Year Book 2016-2021.

가하였다. 2003년 이후 요양병원 병상 수는 다른 종별 병상 수와 비교해 급격히 증가하여 2003년 8,355병상에서 2020년 277,035 병상으로 37배 증가하였고, 2020년 전체 병상 수 716,203병상으로 이중 요양병원이 39%를 차지하였다[7,8](Figure 1). 이와 같은 입원병상 증가로 2019년 인구 1,000명당 입원 병상은 12.4개로 OECD 평균(4.4개)보다 2.8배 많았으며, 입원환자 1인당 평균재원일수는 OECD 국가 평균은 8.0일이나 한국은 18.0일로 입원일수 증가를 가져왔다[17]. 입원 대기가 길어지는 입원 병상 부족은 병원 경영진의 조기퇴원 노력으로 퇴원환자의 가정간호 연계가 활성화될 수 있으나, 병상 가동률이 90% 미만으로 잉여 병상이 많거나 퇴원 후 연계할 수 있는 요양병원의 증가는 가정간호 연계가 감소 될 수밖에 없다[14]. 또한 2005년부터 암 등의 4대 중증질환자의 입원 시 본인부담금 감소 등의 건강보험 보장성 강화, 실손의료보험 가입 증가는 입원에 대한 수요를 더욱 증가시키고 있다.

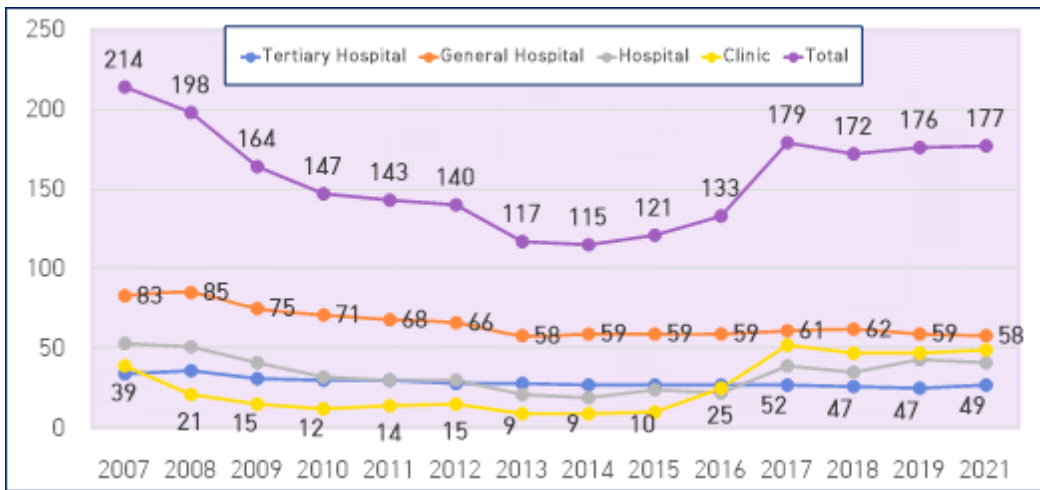
요양병원 병상의 증가와 평균 입원일수 증가는 핵가족화(부부거주는 2000년 14.8%에서 2015년 21.8% 증가), 1인 가구 증가(2000년 15.5%에서 2020년 31.7%로 2배 증가), 65세 이상 독거노인 증가(2000년 16%에서 2020년 19.5% 증가)[20], 맞벌이 가족의 증가 등의 사회적 변화로 가족의 돌봄 기능이 약화되어 사회적 입원에 대한 수요가 증가하고 있으며, 일상생활에 대한 돌봄이 해결되지 않는 상태로 가정간호 연계만으로 집으로 퇴원하기 어렵다는 것을 보여주고 있다.

이처럼 입원 병상과 평균 재원일 수 증가는 의료공급자와 의료이용자의 요구가 결합하고, 공급자의 과잉 의료를 유도할 수 있는 행위별수가제, 노인인구의 증가와 가족구조의 변화, 지속적인 건강보험 보장성 확대 등의 여러 요인이 복합적으로 작용하

여 집으로의 퇴원 대신 요양병원 등으로 퇴원하여 가정간호 연계를 제한될 수밖에 없다.

● 노인장기요양보험제도 도입 영향(2008년~2014년)

2008년 7월 노인장기요양보험제도의 시행은 가정간호 실시기관의 직접적인 감소를 가져오게 되었다. 2005년 7월에서 2008년 6월까지 세 차례에 걸쳐 시범사업이 실시되었고, 이때 장기요양기관인 요양시설과 방문간호기관이 확충되었다. 요양시설은 2005년 543개(입소 가능 인원 24,195명)에서 2008년 1,754개(입소 가능 인원 59,331명)로 3배 이상 증가하였다[27]. 이처럼 요양시설 증가에 따라 의료인이 부재한 요양시설 입소자에게 가정간호가 제공되었으며, 중소병원에서 운영하는 가정간호사업소의 경우 요양시설에 대한 방문 비중이 높았다. 그러나 노인장기요양보험이 제도화되면서 2008년 7월 요양시설 입소자에 대한 가정간호 건강보험 급여가 제한되어 요양시설 방문이 많은 중소병원·의원은 가정간호 대상자 감소로 가정간호 실시를 중단하는 경우가 많았다[5]. 가정간호 실시기관은 2007년 214개소로 가정간호 제도화 이후 가장 많았으나 2008년 198개로 가정간호 실시기관 수가 점차 감소하기 시작하여 2014년 115개까지 감소하였다. 상급종합병원, 종합병원의 경우 2014년 가정간호 실시기관은 2007년 대비 각각 21%, 30% 감소하였지만, 병원(요양병원 포함)과 의원은 2014년 가정간호 실시기관이 2007년 대비 각각 64%, 77%로 크게 감소하였다[25,28](Figure 2). 가정간호는 노인장기요양 방문간호와 서비스 내용이 유사하고 노인이 많은 공통점으로 인하여 가정간호 대상자가 방문간호로 이동하여 위축될 것으로 예상하였다. 그러나 노인장기요양보험 재가급여는 매월 통합 한도 내에서 방문요양, 방문간호 등의 서비스와 나누어 사



〈Figure 2〉 Number of home health nursing institutions by type (2007-2021)^{†*§}

[†]The number of hospital based home health nursing institutions from 2007 to 2012 is the total number of those that have claimed home nursing insurance benefits for one year. Source=Song CR, et al. (2014)

^{*}The number of hospital based home health nursing institutions from 2013 to 2021 is the number of those at the point of inquiry. Source=Baek HC (2020); <https://www.hira.or.kr>

[§]Hospital included long term care hospital and oriental hospital

용하다 보니 방문요양 급여를 최대한 사용하기 위하여 방문간호 이용을 선호하지 않았고 이러한 경향은 노인장기요양보험 방문간호의 확대에 걸림돌이 되었다[23]. 전체 재가장기요양기관 중 방문간호 서비스 제공기관은 2009년 565개소인 3.4%에서 2011년에는 476개소인 2.6%로 감소하여 2011년 말 재가 장기요양 이용자 중 방문간호 이용자는 1.8%, 전체 재가 장기요양 급여비 중 방문간호 급여비는 0.4%로 나타났다[29]. 이처럼 노인장기요양보험 방문간호가 활성화되지 못했기 때문에 가정간호 실시기관이 감소한 직접적인 요인이 요양시설 가정간호의 제한이라고 할 수 있다.

● 요양시설에서의 가정간호 제공(2015년~현재)

상급종합병원과 종합병원의 가정간호 대상자는 대부분 퇴원 또는 외래환자인 반면, 병·의원의 가정간호 수요자는 요양시설 입소자가 대부분이다. 2008년 7월 노인장기요양보험제도 시행 이후에도 요양시설 입소자에게 가정간호를 제공해 왔던 한 의료기관이 행정처분을 받았고 이에 따른 소송 결과 2014년 5월 대법원에서 요양시설 입소자에게 가정간호를 제공한 것이 적법하다는 판결[30]에 따라 2014년 12월 보건복지부의 행정해석으로 요양시설에서 가정간호서비스 제공이 허용되었다. 이로 인하여 상급종합병원과 종합병원은 가정간호 실시기관의 증가가 없는데 반하여 병원(요양병원 포함)은 가정간호 실시기관이 2014년 19개에서 2017년 39개로 증가하기 시작하여 2019년에는 43개로 2014년에 비하여 3배 증가하였다. 의원은 가정간호 실시기관이

2016년 25개로 증가하기 시작하여 2019년에는 47개로 2014년에 비해 5.2배로 증가하였다(Figure 2). 2014년 장기요양시설 입소자의 가정간호 이용은 전체 가정간호 이용자의 3.4%에 불과하였으나 2015년 11.3%, 2016년 33.6%, 2017년 47.3%, 2018년 52.5%로 급격히 증가하였고, 요양병원을 포함한 병원과 의원에서의 방문 건수가 2016년 이후 급속히 증가하고 있다[25]. 가정간호는 대상자를 개별 방문하여 서비스를 제공하는 특성상 교통시간이 많이 소요되어 방문 횟수를 대량으로 증가시키기 어려운 반면, 요양시설 입소자에 대한 가정간호 제공은 짧은 시간 내에 많은 대상자에게 가정간호를 제공할 수 있기 때문에 요양시설에서의 가정간호 제공이 급증하게 되었다. 정부는 요양시설에 과다방문하는 가정간호 사례가 증가함에 따라 2019년 가정전문간호사 1인당 1일 방문 횟수를 제한하고 요양시설 방문 시 기본방문료의 50% 감산으로 보험급여 기준을 개정하였다[16].

● 가정간호 수가 인상 및 보험급여 확대 등의 효과(2010년~2020년)

2008년 이후 가정간호 실시기관의 급격한 감소로 의료자원의 효율적 활용 측면에서 의료기관 가정간호를 활성화하기 위한 목적으로 가정간호 기본방문료를 2010년 약 43%, 2014년 약 30%, 2020년 약 25%로 인상하였다. 또한 2014년에는 연간 96회까지의 방문에 대한 급여 제한과 70세 이상 환자의 기본방문료 30% 가산이 없어지고 2020년부터 가정간호 교통비수가 폐지로 환자의 본인부담 비용이 감소하여 가정간호 이용의 문턱이 낮아졌다

[16]. 이와같이 수가 인상 같은 일련의 제도개선에도 불구하고 퇴원환자(또는 조기퇴원환자) 연계가 많은 상급종합병원과 종합병원에서의 가정간호 실시기관이 증가하지 않고 수도권을 중심으로 병원과 의원의 가정간호 실시만 증가하여 가정간호 실시기관의 지역적 불균형은 해소되지 않았고, 요양시설 가정간호 서비스 제공이 필요 이상으로 확대되었다.

우리나라의 행위별수가제는 공급자 측면에서 서비스양을 얼마든지 증가시킬 수 있는 요소가 있으며, 가정간호에서도 방문수가 인상과 환자부담감소, 연간 방문횟수 제한 폐지는 방문에 따른 교통시간이 적은 요양시설에서의 가정간호 서비스 제공이 증가 될 수 있었다. 그러나 2020년부터 적용된 가정전문간호사 1인당 1일 방문횟수 제한은 공급자에 대한 규제를 통하여 가정간호 서비스양을 통제할 뿐만 아니라 적정 수준의 가정간호 제공을 위한 최소한의 질 보장 장치라고 할 수 있다. 또한 가정간호 실시기관에서는 가정간호 수요 증가에 따라 가정전문간호사를 배치할 수 있는 실질적인 근거가 마련됨으로써 인력증원에 대한 의사결정이 쉬워져 가정전문간호사 일자리 증가와 방문업무 과다로 인한 가정전문간호사의 소진도 예방하는 효과를 기대할 수 있게 되었다.

재가 방문간호 현황 및 특성

재가 방문간호는 병원 내에서 이루어지는 임상간호와 대비되어 의료기관 밖의 재가 환자를 대상으로 간호사가 환자의 거주지를 방문하여 주도적 역할을 수행하며 간호를 제공하는 측면에서 가정간호, 보건소 방문건강관리, 노인장기요양 방문간호, 가정형 호스피스가 해당된다. 1994년 병원중심 가정간호 시범사업을 시작으로 방문간호가 제도권 내에서 시작되었으며, 2000년 이후 가정간호를 포함한 4개의 방문간호 영역이 제도화되어 각각의 제도 도입 목적에 맞게 역할을 담당하고 있다. 지역사회 통합돌봄에서 4개의 방문간호 영역은 지역거주 만성질환자관리 및 방문의료 제공에 있어서 중요한 자원이며, 각각의 현황과 특성을 중심으로 고찰함으로써 가정간호의 역할을 확인하였다.

● 보건소 방문건강관리

보건소 방문건강관리는 지역보건법 제11조(보건소의 기능 및 업무)에 근거하여 지역주민의 건강증진 및 질병예방 관리를 위하여 보건소의 전문인력이 지역사회 취약계층을 대상으로 가정 및 사회복지시설을 방문하여 건강문제를 발견하고 보건의료서비스를 직접 제공하거나 의료·연계하는 보건의료사업이며, 현재 보건소 방문건강관리사업은 정부나 지방자치단체의 예산으로 운영되며, 사회적 취약계층 등에 제공되는 공공보건 서비스로 전국의 256개 보건소에서 통합건강증진사업 중의 하나로 실시하고 있으며, 간호인력은 1,557명(2018년 기준)이다.

2008년 노인장기요양보험제도의 도입으로 보건소 방문간호사의 방문 시 직접간호 제공이 중단되었고 지역 내 취약대상자의 발굴과 등록, 만성질환 관리 교육 등을 중심으로 하고 있다. 이때 보건소 방문간호 대상자 중 가정간호가 필요한 대상자가 있을 때 방문간호사가 가정간호(주로 지역거점 공공병원 가정간호)에 의뢰하고 저소득층의 치료비용이나 물품을 지원하기도 하였다[5].

● 노인장기요양보험 방문간호

노인장기요양보험 방문간호(이하, 방문간호)는 노인장기요양보험법에 따른 재가급여 종류 중 하나로 건강문제가 있는 수급자에게 제공되는 유일한 재가 의료서비스이며, 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류)에 의한 방문간호는 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여이다. 방문간호는 2006년 4월부터 간호수발(현재 방문간호) 시범사업으로 시작되었으며, 현재 보건진료소 및 의료기관이 아닌 재가 장기요양 기관이 방문간호를 하는 경우 관리책임자는 간호경력 2년 이상인 간호사로서 상근하는 자로 하고 간호(조무)사 1명 이상을 두어야 한다. 방문간호 제공인력은 2년 이상의 간호업무경력이 있는 간호사, 최근 10년 이내에 3년 이상의 간호보조업무경력과 별도의 직무교육을 이수한 간호조무사, 치과 위생업무를 담당하는 치과위생사로 한정하고 있다. 2014년 6월 노인장기요양 등급체계를 변경하여 기존에는 1~3등급자만 이용 가능하였으나 1~5등급까지 확대하였고, 2017년 인지지원등급(경증치매)이 신설되었다. 치매 교육을 이수한 간호(조무)사는 인지지원 등급자에게 방문간호가 제공될 수 있게 되었다[23]. 2020년 기준으로 방문간호기관은 774개로 실제 방문간호가 제공된 급여 청구기관은 549개 기관이며(2019년 795개 기관 중 552개 기관), 방문간호 제공인력은 간호사 1,793명, 간호조무사 4,567명으로 연간 급여제공 대상자는 16,951명이다[27].

● 가정형 호스피스

가정형 호스피스(이하, 가정호스피스)는 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정법 제21조(호스피스사업)에 따라 호스피스전문기관의 법정 필수 인력을 중심으로 구성된 가정호스피스 팀원이 가정에서 지내기를 원하는 말기 환자와 가족에게 대상자의 가정에서 제공하는 호스피스 서비스를 말한다 [6]. 가정호스피스의 대상자는 법령에서 정한 신청 절차에 따라 호스피스 이용을 신청하고 호스피스전문기관으로부터 가정에서 호스피스 서비스를 제공받는 말기환자로 암, 후천성면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기질환, 만성 간경화 질환자 중 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악

화되어 담당의사와 해당 분야 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자이다.

2016년 전국 21개 의료기관에서 시범사업을 시작하였으며, 시범사업 시 가정호스피스 대상자가 증가하지 않고 의사의 방문이 활성화되지 않는 등의 여러 문제로 시범사업이 지연되었으나 2020년 9월 제도화되어 2021년 39개 의료기관에서 실시하고 있다. 말기암 대상은 39개 기관, 후천성면역결핍증은 4개 기관, 만성 폐쇄성 호흡기질환은 8개 기관, 만성 간경화 질환자는 8개 기관에서 하고 있어서 대부분 말기 암 환자를 대상으로 하고 있다(2021년 4월 기준). 가정호스피스는 의사, 간호사, 사회복지사, 성직자, 자원봉사자 등도 방문할 수 있으나 가정호스피스 전담 간호사 방문이 대부분이며, 가정호스피스 전담간호사의 자격은 호스피스 표준교육을 이수한 호스피스전문간호사, 완화의료 경력 2년 이상 간호사나 가정전문간호사이다[6].

● 재가 방문간호 간의 특성 비교

보건소 방문건강관리사업은 통합건강증진사업으로 편입되어 건강증진사업 중심의 영역으로 이동하여 의료서비스를 직접 제공하는 가정간호, 장기요양 방문간호, 가정형 호스피스와는 다르다.

말기질환자 간호 측면에서는 가정간호와 가정형 호스피스가 말기암환자 부분에서 중복이 되지만 시점과 상황에 따른 대상자의 서비스 이동 또는 대체 서비스 개념이 크다고 할 수 있다. 예를 들면 치료암 단계에서 가정간호를 받다가 말기암 상태로 악화 될 경우 호스피스로 이동하며, 호스피스로의 이동은 연명의료 중단에 대한 진료의사의 판단과 환자·가족의 호스피스 이용 동의 등의 여러 과정을 거치는 동안 전환기 간호(transitional care) 또는 징검다리 역할로써 가정간호가 제공되고 있다. 또한 가정호스피스는 실시기관과 제공인력 측면에서 가정간호에 비하여 소규모이며, 방문지역이 제한될 뿐만 아니라 대상질환도 암을 포함한 4개 질환에 한정되어 있어 가정호스피스 방문지역 이외에 거주하는 말기암 환자와 호스피스 대상질환 이외의 말기질환자에게 가정간호가 제공되고 있다.

노인·만성질환자 간호영역에서는 가정간호와 장기요양 방문간호의 대상자가 일부 중복되지만, 가정간호는 퇴원 후 병원과 직접 연계되고 입원대체서비스 측면에서 고난이도 복합처치 대상자가 상대적으로 많으며, 장기요양 방문간호는 건강상태가 안정된 노인 만성질환자관리 측면이 많다. 건강보험수가 측면에서도 가정간호는 방문료 이외도 행위별 수가와 약제 및 처방성 의료소모품비가 급여로 인정되고 방문횟수 제한이 없지만, 장기요양 방문간호는 재료비 산정이 불가능하고 장기요양 수급자가 재료비를 부담하는 것도 인정되지 않으며 방문횟수도 제한되어 고난이도 복합처치가 많은 대상자는 장기요양 방문간호에서 관리하기가 어렵다. 또한 장기요양 방문간호는 제도 초기 1~3등급자만 요양급여가 가능하였지만, 장기요양등급제도가 5등급까지 확

대되고 경증치매 환자에 대한 장기요양 방문간호가 가능하여 직접 간호영역에서 예방적 간호영역으로 확장되고 있다.

보험수가체계(2021년 기준)는 가정간호는 기본방문료(74,290원, 상급종합병원 기준)와 행위료·재료·약제비가 추가되며, 방문간호는 30분 미만 36,530원, 30~60분 미만 45,810원, 60분 이상 55,120원이며, 가정호스피스는 방문료(86,000원, 상급종합병원 기준), 교통비(8,370원), 통합환자관리료(28,090원) 및 행위료·재료·약제비가 추가된다[16].

3개 방문간호 영역의 이용현황(2018년 연간 보험청구기관 기준)을 살펴보면 가정간호는 207개 기관, 서비스 이용자 78,518명, 방문건수 60만5천건이며, 장기요양 방문간호는 469개 기관, 서비스 이용자 14,270명, 방문건수 41만2천5백건, 가정호스피스는 33개 기관, 이용자는 927명(2월~7월), 방문건수 7천2백건(2월~7월)으로 가정간호는 기관당 연간 이용자는 379명, 방문건수는 2,900건이며, 장기요양 방문간호는 기관당 연간 이용자는 30명, 방문건수는 880건이다[9,25,27].

이와같이 4개 영역의 방문간호는 관련법, 수가체계, 대상자 특성, 인력 등 여러 가지 측면에서 다르게 적용되고 있으며, 고유의 특성과 특화된 영역으로 각각 분화되고 있어서 지역사회 통합돌봄에서 지역사회 대상자 특성에 맞는 방문의료 제공에 중요한 자원으로 활용될 것이다. 그러나 제도화되기까지 시범사업 기간이 가정간호는 6년, 가정형 호스피스는 4.5년이 소요되었고, 가정간호는 제도화된 지 20년 이상, 방문간호도 제도화된 지 10년 이상 경과 하였고 각 영역의 서비스 제공량을 살펴보았을 때 제도적으로 정착되는데 많은 시간이 요소 됨을 확인할 수 있었다.

지역사회 통합돌봄에서의 방문의료관련 정책 방향

지역사회 통합돌봄의 목적은 돌봄이 필요한 상황에서 생의 마지막까지 자율성, 독립성과 개별성을 존중받으며 인간의 존엄성이 유지되도록 삶의 질을 고려하는 포괄적이고 총체적인 돌봄을 제공하고, 초고령사회에 대응하여 가파르게 급증하는 노인 의료비, 시설입소 비용 등을 관리하여 지속 가능한 건강돌봄체계를 구축하기 위함이다[21]. 정부의 지역사회 통합돌봄에서 4대 핵심요소는 주거, 건강의료, 요양 돌봄, 서비스 연계로 보건의료영역 서비스에 대한 추진은 방문보건·의료, 퇴원 시 재가서비스 연계, 건강 취약 노인대상 맞춤형 의료이다[3].

정부 정책 중 방문보건·의료는 집중형 방문 건강서비스 인프라 구축, 보건소 방문건강관리 인력 확대, 방문의료(의사, 간호사 등의 재가환자 방문), 가정형 호스피스, 방문간호(지역사회 간호 관련 단체 등의 협력)가 있다. 퇴원 시 재가서비스 연계로는 병원 지역연계실(퇴원계획팀) 운영, 회복재활기관 지정·운영, 장기요양시설 내 전문요양실 설치·운영(장기요양 급여 퇴원환자의 재가 복귀 도모), 퇴원 시 장기요양 재가급여 조기제공(등급 판

정전), 재가 의료급여 신설(장기입원 의료급여 퇴원환자)이 있다. 보건과 복지 간 연계 강화를 위해서 방문보건인력(방문간호사 등)을 지역사회보장협의체 위원으로 위촉하고, 지속적인 건강관리가 필요한 퇴원 후 서비스 연계 의뢰자 등은 주민건강센터로 의뢰하여 보건·복지 간 연계를 강화하는 계획이 있다[3].

지역사회 통합돌봄 대상자 중 병원 퇴원환자, 장기입원 의료급여환자, 요양시설 입소자가 자신의 거주지인 지역사회로 복귀하여 재입원이나 재입소하지 않고 안전하게 거주하기 위해서는 주거·독립생활 지원뿐만 아니라 보건·복지·요양 서비스가 통합적으로 제공되어야 한다. 또한 보건의료 측면에서는 퇴원계획을 조기에 수립하여 퇴원하기 전에 적절한 방문의료, 방문요양 등의 서비스가 연계되어야 하며, 이때 대상자의 요구를 충족시키기 위해서는 의사의 방문 진료를 포함한 다양한 방문 의료가 제공되어야 하고, 어느 지역에서도 방문 의료서비스가 제공될 수 있는 공급체계가 확충되어야 한다.

정부는 2019년 지역사회(한의원)의원을 대상으로 거동이 불편하여 의료기관에 내원하기 어려운 환자를 대상으로 지역 내(한의원)의원급 의료기관의(한의사)의사가 직접 방문진료(한의) 의료서비스 제공 하는 일차의료 방문진료수가 시범사업을 시행 중이며, 방문진료수가 방문당 120,700원 또는 83,970원(2021년 기준)이며, 주 15회 방문이 가능하다[12]. 가정형 호스피스의 경우 병원 내 완화의료센터 소속 의사(대부분 겸직 의사)의 방문진료가 이루어지는 것으로 의사의 방문진료는 극히 드물고 대부분 가정형 호스피스 전담간호사 방문이 대부분인 경우처럼 일차의료 방문진료도 주당 방문진료가 제한되는 점에서 간호사에 의한 방문이 함께 이루어져야만 대상자의 요구를 충족시키는 방문 의료가 가능할 것이다.

기존의 세 가지 방문간호의 경우만 보더라도 서비스 공급기관을 구축하는데 많은 시간이 소요되고 확충하기도 어려운 특성을 고려한다면 전국적인 방문의료 공급체계는 우선 현재의 방문간호 영역의 공급량을 늘리는 방향으로 접근해야 한다. 또한 가정간호는 종합병원 이상의 기관에 가정간호를 실시하도록 유도하는 제도개선이 필요하고 방문간호는 수가 개선과 재가급여에서 분리하는 등의 제도개선[23]이 필요하다.

지역사회 간호관련 단체 등의 협력을 통한 방문간호(이하, 지역사회 방문간호)는 지역사회 통합돌봄 체계가 일정 수준으로 정착되고 방문의료 수요가 증가하기 시작할 때 전국적인 방문의료 공급체계 확충을 위해서 반드시 필요하다. 가정간호나 방문간호의 경과를 살펴볼 때 의사의 처방이 필요하고 지역사회에서 독립적인 사업소 운영에 필요한 최소한의 대상자 확보가 처음에는 쉽지 않기 때문에 일차의료 방문진료수가 시범사업처럼 선도사업 기간 중에 시범사업이 시작되어야 한다. 또한 현재의 방문간호를 최대한 활용하여 방문간호에 대한 성과가 어느 정도 입증되어 사회적 수요가 증가하면 지역사회 방문간호의 정착이

쉬워질 것이며, 최소한의 사업소 운영을 위해서는 약국관리료와 같은 형태의 방문당 수가 이외의 관리료 개념의 수가가 책정이 되어야만 전국적인 공급체계가 확충될 수 있을 것이다.

마지막으로 병원 퇴원 또는 진료환자의 지역사회 통합돌봄에 의뢰와 보건·복지 간 연계를 도모하기 위해서는 선도사업 시기에는 지역사회거점 의료기관의 지역사회 네트워크 강화가 필요하며 선도사업 대상자 발굴을 위해서도 지역사회 회의체에 병원의 가정간호부서 등의 책임자가 참여하는 것이 필요하다.

지역사회 통합돌봄에서의 의료기관 가정간호의 역할

● 방문의료 서비스의 주요 인프라

방문의료는 의사, 간호사 등의 의료인이 건강관리가 필요한 대상자의 거주지를 방문하여 의료서비스를 제공하는 것으로 정부의 지역사회 통합돌봄의 방문의료 대상자는 거동불편 중증환자, 중증 정신질환자, 거동불편 장애인, 요양병원 퇴원 만성질환자, 호스피스 말기환자 등이다[3]. 현재 제도적으로 시행되고 있는 직접간호가 가능한 방문의료 형태는 가정간호, 장기요양 방문간호, 가정형 호스피스이며, 이중 가정간호가 가장 먼저 제도화되었기 때문에 연간 서비스 이용자와 방문건수가 가장 많고, 장기요양 방문간호와 비교 시 기관당 연간 이용자는 12.6배, 방문건수는 3.3배 많은 것으로 살펴볼 때 장기요양 방문간호보다 이용자가 많고 사업소 운영이 안정적임을 알 수 있다[9,25,27].

정부가 추진하는 일차의료 방문진료 시범사업은 외래진료를 병행하는 지역 내 의원에서 실시하고 주당 방문진료 횟수가 제한되어 있어 집중적인 방문이 필요한 대상자는 관리가 어려울 수 있다. 또한 중증의 병원 퇴원환자 대상(요양병원, 장기입원 의료급여환자 포함)으로 방문의료를 제공해야 할 때는 지역내 일차의료기관 의사보다는 입원치료를 담당했던 주치의와 의사소통이 잘 될 수 있는 동일 의료기관 내의 가정간호에서 제공하는 것이 치료의 연속성 유지 측면에서 장점이 있다.

이와같이 지역사회 통합돌봄에서 의사의 방문진료를 포함한 방문의료 서비스의 공급은 가정간호와 장기요양 방문간호의 제도적 경과와 현황을 살펴보더라도 일정 수준으로 증가하기까지 상당한 시간이 소요될 수 있기 때문에 현재 가장 많은 인프라가 구축되어 있고 의료기관에서 제공하는 전문간호서비스의 장점을 가지고 있는 가정간호를 활용하는 것이 필요하다.

● 퇴원환자 연계

정부는 2022년까지 약 2,000개 병원에 ‘지역연계실’(의사, 간호사, 사회복지사 등 협업)을 설치·운영하여 퇴원환자의 지역 복귀를 위한 퇴원계획 수립과 돌봄 자원을 연결하기 위하여 건강보험 수가로 운영 지원계획을 발표하였고[3], 2020년부터 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업을 진행하고

있다. 급성기 병원의 환자지원팀(전문의, 간호사, 사회복지사로 구성)이 입원환자의 의료적, 사회·경제적 요구도를 평가하고 퇴원계획을 수립하여 의료기관이나 지역사회 기관으로 연계·관리하는 활동에 건강보험을 적용하고 있다[3,4]. 종합병원 이상의 의료기관은 요양병원 등으로 퇴원환자 연계를 위한 진료의뢰·회송 업무를 하고 있으며, 가정간호 실시기관에서는 퇴원환자의 가정간호 의뢰 시 가정간호에 대한 상담을 통하여 환자의 건강상태, 퇴원 후 거주지, 돌봄 제공자 유무, 가정간호 요구도 등을 확인하여 퇴원 후 가정간호를 제공하고 있다.

정부의 지역사회 통합돌봄 구축을 위한 퇴원환자 지원 및 연계활동 시범사업에 급성기 의료기관이 활발히 참여하고 이후에 제도적으로 정착되기 위해서는 별도의 지원인력을 새롭게 구성하여 실시하기보다는 현재 의료기관에서 실시하고 있는 시스템과 인력을 최대한 활용하는 사업체계 수립이 필요하다. 의료기관으로서는 신규사업 추진에 대한 비용을 줄이고 의료기관내에 유사한 업무를 수행하는 중복적인 인력배치를 최소화하면서 퇴원환자 연계를 적극적으로 수행할 수 있기 때문이다.

가정간호는 병원내에서 퇴원계획 단계에서 활발하게 환자·가족과의 상담을 시행하고 퇴원 후에는 가정간호를 제공하고 있으므로 퇴원환자에게 지역사회 자원과 가정간호를 연계할 때 상생하는 효과를 가져올 수 있다. 가정간호 대상자에게 요양과 복지가 연결되면 가정간호만으로도 퇴원 후 요양병원에 입원하는 사회적 입원을 예방할 수 있고 장기입원도 줄일 수 있다. 또한 장기입원 의료급여환자도 중증 만성질환자이면서 독거 상태가 많아서 퇴원 후 거주지에 갈 수 없으려면 요양과 복지의 연계뿐만 아니라 가정간호와 같이 병원의 주치의와 연결된 전문적인 방문의료도 필수적이다.

● 보건의료서비스 이동 시 징검다리 역할

가정간호는 병원에서 제공되는 전문간호 특성상 관리대상자는 수술 등의 급성기 치료환자, 만성질환자, 중증 희귀난치질환자, 말기질환자 등의 다양한 대상자를 포함하며, 퇴원 후에도 입원 대체서비스 제공뿐만 아니라 치료의 연속성 유지를 위한 질환관리를 하고 있다. 또한 대상자의 건강상태, 대상자를 둘러싼 가정환경과 가정내 자원, 서비스 요구도 등에 따라 다양한 서비스로 이동하는 데 있어서 전환기 간호(transitional care) 또는 징검다리 역할을 할 수 있다. 전환기 간호는 대상자가 서로 다른 장소나 서비스로 이동할 때 의료의 연속성을 보장하고 예방 가능한 부정적인 결과(재입원, 응급실 방문 등)를 줄이는 데 목적이 있으며, 이동하기 전부터 요구도 사정, 필요한 자원의 연계 및 모니터링 등을 제공하는 활동이다[18,19]. 장소의 이동은 급성기 의료기관에서 가정으로의 이동뿐만 아니라 요양병원이나 요양시설에서 가정으로도 해당하며, 대상자의 여러 상황에 따라 가정간호나 장기요양 방문간호 등으로 연계될 수 있다. 전환기 간호

는 장소의 이동 이외도 급성기에서 만성질환 상태 또는 만성질환 관리 상태에서 급성기로의 상태변화, 중증질환 상태에서 말기상태로 전화되는 등의 대상자의 건강 상태에 따라 다른 보건 의료서비스로의 이동 시 적용된다. 이때 징검다리 역할로서 가정간호가 이용될 수 있는데, 재가 환자의 경우 건강상태 등에 따라 장기요양 서비스와 장기요양서비스 중간의 아급성기에 징검다리 역할로써 가정간호를 이용하거나, 항암치료 중인 암환자가 말기상태로 갑자기 건강상태가 변화되면 호스피스 서비스로 이동 직전 가정간호를 이용하다가 가정형 호스피스로 이동할 수 있다. 병원에서 입원치료 중인 환자에게는 입원치료와 계획된 재입원치료(수술, 항암치료 등) 사이에 가정간호가 징검다리 역할로써 제공될 수 있다. 노인 만성질환자나 장기입원 의료급여환자 등이 의료기관 퇴원 후 지역사회에서 안전하게 일상생활을 영위하기 위해서는 주거, 돌봄, 요양 등의 연계뿐만 아니라 의료의 연속성에서 건강관리가 잘 이루어져야 가능하다. 의료 요구도에 따라 전문적인 관리나 중증의 복합적인 건강문제를 가진 대상자일 경우 병원과 연계된 전문적이고 수준 높은 방문간호가 제공되어야만 하고, 퇴원 직후 집중적인 치료기간에 단기간 가정간호가 제공되다가 장기요양 방문간호나 보건소 방문건강관리 등으로 전환할 수 있을 것이다. 대상자의 의료 요구도 정도에 따라 여러 가지 방문간호 영역으로의 연계와 이동은 보건의료자원의 효율적인 활용과 지역사회 통합돌봄에서 방문의료 서비스의 안정적인 공급에 기여할 것이다.

방문의료 인프라 확대를 위한 의료기관 가정간호의 확대 방안

현재 건강보험심사평가원에 등록된 가정간호 실시기관은 전국 177개로(2021년 10월 3일 기준)[24], 2017년 전국 가정간호 실시기관은 서울·경기·인천의 수도권 지역이 109개로 전체 가정간호 실시기관의 약 61%를 차지하였으며, 이중 경기지역이 35.2% (63개)로[26], 대도시, 수도권에 집중되어 있어 가정간호 인프라의 사각지대가 존재한다. 정부는 가정간호 공급 확대와 사각지대 해소를 위하여 2010년부터 2020년까지 세 차례에 걸쳐 가정간호수가를 인상하였으나 병원·의원급에서의 가정간호 실시만 증가하였을 뿐 종합병원, 상급종합병원은 가정간호 실시가 증가하지 않았다. 따라서 퇴원환자 연계 효과가 있는 종합병원, 상급종합병원에서의 가정간호 실시 확대를 위한 정책 마련이 필요하다.

퇴원환자 연계 확대와 전국적인 가정간호 사각지대 해소를 위한 방안은 첫째, 상급종합병원에서의 가정간호 실시 의무화이다. 상급종합병원에서 가정간호 실시는 2008년 36개에서 2021년 27개로 감소하였는데 2021년 지정된 상급종합병원은 가정간호 미실시 기관이 새롭게 상급종합병원으로 지정되어 전체 상급종합병원 45개 중 18개 기관(40%)이 미실시 하고 있다. 상급종합병

원 지정은 종별가산율 30%가 적용되고 권역 응급의료기관 지정, 연구병원 지정 등의 여러 가지 대책사업 지정을 위한 필수조건이다. 상급종합병원 수는 전국 45개로 3년마다 지정하는데 중증 질환자 비율 증가 등 지정기준이 어려워지는데도 상급종합병원 지정을 위한 경쟁률이 치열하다[11]. 따라서 상급종합병원에서 가정간호 실시를 확대하기 위해서는 지정기준에 포함되는 것이 가장 효과적이며, 상급종합병원 중 지방의 국립대병원은 광역거점병원 역할을 하고 있기때문에 가정간호 실시 확대는 가정간호 서비스 사각지대 해소와 전국적인 공급체계 확보에 중요한 역할을 담당할 수 있다.

둘째, 의료법 시행규칙 제24조(가정간호)에 의한 의료기관 가정간호 인력배치 기준을 1인 이상으로 완화를 검토해야 하며, 최소한의 인력으로 종합병원 이상 기관에 가정간호 실시 확대와 가정간호 사각지대 최소화로 전국적인 서비스 공급체계 구축이 필요하다. 2001년 제도화 당시 의료기관 가정간호 실시기준은 2인 이상으로 가정전문간호사 배치 최소한의 질 보장 장치로 마련되었으며, 당시 가정전문간호사 배출인력은 1년간의 직무교육으로 2000~2004년까지는 연간 약 660명이 배출되어서 2인 이상 배치에 따른 인력공급에 문제가 없었다. 그러나 가정전문간호사 직무교육이 대학원 과정으로 전환되면서 2007년부터 두 자릿수로 배출되기 시작하여 현재 가정전문간호사는 연간 평균 32명이 배출되는 상황이다[25]. 2017년 9월부터 기본방문료 청구 실명제 시행과 2020년 1월부터 월평균 가정전문간호사 1인당 1일 방문 건수는 7건 초과 시 보험급여가 제한되고 있어 최소한 가정전문간호사 1인당 적정 수준의 방문이 가능하도록 제도가 보완되었다. 이와 같은 제도 시행 이전에는 방문환자 증가에 따른 인력증원이 안되어 1인당 과다방문에 따른 현장 실무자의 소진, 배치된 가정전문간호사의 가정간호 이외의 겸직업무 등으로 실제 방문인력은 법적인 요건보다 적게 배치되는 경우가 있었고, 2017년 의료기관당 가정전문간호사 인력 분포는 평균 2.6명으로 1명에서 최대 17명까지 분포하는 것으로 나타났다[26]. 다만, 가정간호 현장에서 적정 수준의 업무량과 적정수준의 가정간호가 제공될 수 있도록 1인으로 가정간호를 실시한다면 월평균 1인당 1일 방문건수는 현재기준보다 더 낮출 필요가 있고 퇴원환자에 대한 가정간호 연계를 확대하기 위하여 종합병원 이상의 기관에 인력배치 기준 완화를 고려할 수 있다.

셋째, 가정전문간호사 인력공급 한계에 대한 여러 대안이 필요하다. 정부의 수가개선 노력과 가정간호에 대한 국민적인 인식 향상으로 향후 가정간호 수요는 이용자와 공급자에게서 증가가 예상되나 가정전문간호사의 신규 인력공급은 제한적이며, 수도권에 집중되어 있어 향후 가정간호 확대를 저해하는 가장 큰 문제이다. 가정간호 인력공급을 늘리는 것은 대학원 정원을 늘리는 것이 가장 중요하나, 시간이 많이 소요되고 양적 증가에 한계가 있는 점에서 직무교육을 이수한 노인전문간호사 등의 다른

전문간호사를 활용하는 방안도 검토가 필요하다.

결 론

가정간호제도는 30여 년 전 의료자원의 효율적 활용과 의료비 절감, 거동불편자의 의료이용의 편의 증가를 목적으로 시작되어 여러 시행착오와 어려움을 극복하고 전국 약 200여 의료기관에서 가정간호가 실시되고 있으며, 최근 이에 대한 수요가 꾸준히 증가하고 있다.

한국은 노인인구의 증가, 저출산 문제 등으로 사회적인 돌봄 비용 증가와 부양인구의 감소로 국가 차원의 지역사회 통합돌봄 체계 구축이 절실한 상태이다.

가정간호는 병원 퇴원환자에 대한 가정간호 연계로 조기에 지역사회 복귀를 촉진하고, 지역사회 통합돌봄에서 방문의료를 제공하는 핵심적인 의료자원으로 활용될 수 있으며, 병원과 요양 시설, 다양한 보건의료서비스로의 이동 시 징검다리 역할을 수행 함으로써 지역사회 통합돌봄의 제도 정착에 이바지할 것이다. 또한 가정간호 대상자에게 지역사회 통합돌봄 서비스가 연계되면 병원 조기퇴원환자의 가정간호 연계가 더욱 확대되어 건강보험재정 절감에 더욱 이바지하게 될 것이다.

이와같이 지역사회 통합돌봄에서 가정간호의 활용과 역할 확대를 위하여 가정간호서비스 공급의 사각지대를 해소하고 가정간호 실시기관의 확대를 위한 방안이 필요하다. 이에 대한 방안으로 첫째는 상급종합병원 지정기준에 가정간호 실시를 포함하여 광역거점병원에 가정간호 실시를 촉진하고, 둘째는 의료법 시행규칙 제24조(가정간호)의 가정간호 실시 인력배치 기준을 가정전문간호사 1인 이상으로 하여 가정간호 실시를 촉진하며, 셋째 가정전문간호사 인력공급의 제한을 해결하기 위한 제도적인 노력이 필요하다.

마지막으로 지역거점병원이나 광역거점병원의 지역사회 통합돌봄사업에의 참여와 선도사업에서 가정간호 대상자에 대한 지역사회 통합돌봄서비스 연계를 촉진하기 위해서 가정간호 책임자를 지역사회보장협의체 위원으로 포함하고 병원 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업에 있어서 적극적인 가정간호 활용이 필요하다.

Conflicts of Interest

The authors declared no conflict of interest.

References

1. Ministry of Health and Welfare. Health and welfare statistical year book 2021. Sejong: Ministry of Health and Welfare;

- 2021 December. Report No.: 66.11-1352000-000137-10.
2. Ministry of Health and Welfare. Promote “Community Care” in earnest to provide social services centered on home and communities [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2018 [cited 2018 April 14]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=344177&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=Community+Care
 3. Ministry of Health and Welfare. Announcement of the basic plan for community care(stage 1: community care for the elderly) [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2018 [cited 2018 December 2]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=346683&SEARCHKEY
 4. Ministry of Health and Welfare. Community integrated care (community care) leading project promotion plan [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2019 [cited 2019 April 19]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=347345
 5. Home Health Care History Compilation Committee. 20-year history and perspectives on home health care. Seoul: HN Science. 2014. p.15-215.
 6. National Cancer Center. Hospice palliative service [Internet]. Goyang: National Cancer Center; 2021 [cited 2022 March 12]. Available from: https://www.ncc.re.kr/main.ncc?uri=manage01_8
 7. Ministry of Health and Welfare. Health and welfare statistical year book 2016. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2016 December. Report No.: 11-1352000-000137-10.
 8. Ministry of Health and Welfare. Health and welfare statistical year book 2019. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2019 December. Report No.: 11-1352000-000137-10.
 9. Lee YS. Patient-centered visiting medical care for community care. Collection Academic Conference Papers of Korean Academy of Health Policy and Management. 2019;2019(1): 1-30.
 10. Lim JY, Kim JY. Home care nursing: an economic analysis. The Journal of Korean Academic Society of Home Care Nursing. 2013;20(2):141-151.
 11. Ministry of Health and Welfare. Designation of 45 tertiary hospitals(2021-2023) [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2020 [cited 2022 March 1]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=362710
 12. Ministry of Health and Welfare. Second public offering for participating institutions in the pilot project for primary medical visits [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2021 [cited 2022 March 26]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0101vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=040101&page=1&CONT_SEQ=364322
 13. Ryu HS. Current status of costs and utilizations of hospital based home health nursing care in Korea. Journal of Korean Academy of Nursing. 2006;36(7):1193-1203.
 14. Song CR. Home care services: crisis and perspectives. Perspectives in Nursing Science. 2009;6(1):55-65.
 15. Health Insurance Review & Assessment Service. Briefing session on insurance cost adjustment plan for selective medical care [Internet]. Wonju: Health Insurance Review & Assessment Service; 2014 [cited 2022 March 14]. Available from: <https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020041000100&brdScnBltno=4&brdBltno=8763>
 16. Health Insurance Review & Assessment Service. Major revision details of insurance notification [Internet]. Wonju: Health Insurance Review & Assessment Service; 2022 [cited 2022 March 20]. Available from: http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA02003600000&cmsurl=/cms/policy/02/01/1341854_27024.html&subject
 17. Ministry of Health and Welfare. Health Care in Korea based on OECD Health Statistics [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2021 [cited 2022 March 1]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=366529
 18. Lee HJ, Kim YK, O EG. A systematic review on nurse-led transitional care programs for discharged patients from hospital to home. Journal of Korean Clinical Nursing Research. 2017;23(3):376-387. <https://doi.org/10.22650/JKCNR.2017.23.3.376>
 19. Hwang YH, Lee GE. Transition experiences of the elderly from long-term care hospital to home: focusing on the elderly living alone of community care project. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing. 2021;32(3): 382-395. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2021.32.3.382>
 20. Statistics Korea. e-Distribution of indicators by family type [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; 2021 [cited 2022 March 7]. Available from: https://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1576¶m=001
 21. Suk JE. Community care: social service paradigm transformation and challenges. The Korean Social Security Association-papers published in a periodical presentation. 2019;2019(2):83-109.
 22. Jo IS, Lee JR, Lee HJ, Lee SJ, Lee DH. A study on the development and development of community care model in health care. Reasarch Report. Seoul: Korea Health Promotion Institute; 2020 December. Report No.: Research-04-2020-012-01.
 23. Lim JY, Kim JH. Expansion strategy of home visit nursing services of long-term care insurance. The Journal of Korean Academic Society of Home Care Nursing. 2020;27(3): 241-249. <https://doi.org/10.22705/jkashcn.2020.27.3.241>
 24. Health Insurance Review & Assessment Service. Search by detailed conditions - home health nursing institutions [Internet]. Wonju: Health Insurance Review & Assessment Service; 2021 [cited 2021 October 2]. Available from: <https://www.hira.or.kr/rd/hosp/getHospList.do?pgmid=HIRAA>

030002020000

25. Baek HC. Home health nurses and the adequacy of their supplies. *Journal of Korean Academic Society of Home Care Nursing*. 2020;27(2):137-145.
<https://doi.org/10.22705/jkashcn.2020.27.2.137>
26. Ko JY, Yoon JY. Analysis of hospital-based home care service utilization using national health insurance claim data from 2008 to 2017. *Journal of Korean Academic Society of Home Care Nursing*. 2019;26(1):36-50.
<https://doi.org/10.22705/jkashcn.2019.26.1.36>
27. National Health Insurance Service. Long term care insurance statistical yearbook [Internet]. Wonju: National Health Insurance Service; 2014-2021 [cited 2022 March 12]. Available from: <https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaec07200m01.do>
28. Song CR, Lee MG, Hwang MS, Yoon YM. The current state of hospital-based home care services in Korea: analysis of data on insurance claims for home care from 2007 to 2012. *Journal of Korean Academy Society Home Care Nursing*. 2014;21(2):127-138.
29. Lee JS, Hwang RI, & Han EJ. Trends in home-visit nursing care by agencies' characteristics under the national long-term insurance system. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2012;23(4):415-426.
30. Court of the Republic of Korea Precedent [Internet]. Seoul: The Court of the Republic of Korea; 2014 cited 2021 March 13]. Available from:
https://glaw.scourt.go.kr/wsjo/panre/sjo100.do?contId=2144091&q=%EA%B0%80%EC%A0%95%EA%B0%84%ED%98%B8&nq=&w=panre§ion=panre_tot&subw=&subsection=&subId=1&csq=&groups=6,7,5,9&category=&outmax=1&msort=&onlycount=&sp=&d1=&d2=&d3=&d4=&d5=&pg=1&p1=&p2=&p3=&p4=&p5=&p6=&p7=&p8=&p9=&p10=&p11=&p12=&sysCd=WSJO&tabGbnCd=&saNo=&joNo=&lawNm=&hajaYn=N&userSrchHistNo=&poption=&srch=&range=&daewbyn=N&smpryn=N&idgJyul=01&newsimyn=Y&trtyNm=&tabId=&save=Y&bubNm=

Role of Hospital-based Home Health Nursing in Community Care

Song, Chong Rye¹⁾

1) Head Nurse, Home Care Services Center, Ajou University Hospital

Purpose: This study aimed to investigate the role of hospital-based home health nursing in community care by examining the institutional progress of hospital-based home health nursing and the current status of home health nursing in Korea. **Methods:** Korean research data, national statistical data, government press releases, and related laws were investigated to clarify the role of hospital-based home health nursing in community care. **Results:** Korean visiting medical care services, including hospital-based home health nursing, was not found to be sufficient nationwide. The supply of home health nursing did not increase due to the nature of the visiting services that required transportation time, poor profitability due to insufficient insurance fees, and increase in acute beds. **Conclusion:** The nature of the Korean medical environment and visiting medical care makes it challenging to establish a visiting medical supply system for community care. Therefore, hospital-based home health nursing is an important infrastructure for visiting medical care, and will be a valuable resource to link discharged patients returning to the community when moving health care services. Hence, laws and institutional supplementation to expand the role of home health nursing agencies nationwide are needed along with addressing the limitations in the supply of home health nurses.

Key words : Community care; Hospital-based home care; Home health nursing

• Address reprint requests to : Song, Chong Rye
Home Care Services Center, Ajou University Hospital
164 World Cup-ro, Yeongtong-gu, Suwon Gyeonggi-do 16499
Tel: +82-31-219-5539, Fax: +82-31-216-6656, E-mail: gyrisan@hanmail.net